

## Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad

*López Ibor MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 209-211.*

En su Carta Fundacional, la Organización Mundial de la Salud define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico conlleva sufrimiento y dolor y un proceso social porque supone una invalidez.

Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

Cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en un hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad, y de su situación vital. Algunos pacientes lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad. En comparación con su hogar, un hospital es un ambiente impersonal, en el que a uno, normalmente, le despojan de sus ropas, normalmente hay que compartir habitación con otros, en el que tiene que adaptarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas y poblado de un sinnúmero de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar. Un hospital moderno es la empresa más compleja que existe. Ingresar en uno para recibir cuidados es una experiencia que no deja impasible a nadie. La medicina científico-natural ha transformado edificios e instituciones creados para cuidar y albergar (también a aislar) en lugares de altas complejidad y tecnología, diseñados para tratar físicamente a los pacientes más que a prestar atención a las necesidades psicológicas y a la calidad de vida.

Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos,

que pueden ser de ansiedad (producida por un miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), o de depresión o problemas de adaptación (según las expectativas que tuviera cada individuo) o de rebeldía (frente a un destino no deseado). Lo más común es que se tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo o a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte.

Conviene señalar que en ocasiones se confunde un síntoma como es la tristeza, con la depresión y ésta con un diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, un síntoma aislado no es necesariamente patológico (la tristeza no tiene por qué serlo) y no constituye por sí mismo un trastorno. La tristeza es sólo uno de los síntomas del síndrome depresivo, ciertamente uno de los más importantes pero, no es suficiente ni necesario para considerar que alguien tiene un cuadro depresivo.

La tristeza y la depresión permiten sobrevivir al que las padece, en un mundo que ha perdido su sentido tras la pérdida que las provocó y llaman la atención sobre otros valores y realidades: la del límite de la propia libertad. Conocer el sentido de la tristeza y la depresión ayuda a conocer al hombre. También ayuda al médico cuando a de tratar las formas patológicas y a los enfermos y a sus familias a comprender lo que los tratamientos modernos pueden ofrecer. Estar enfermo –como trastorno natural– es lo más importante que el paciente deprimido tiene que asumir, todo lo que en el fondo le ocurre a nivel personal es generado, precisamente, por la exigencia de acomodarse al modo de experimentar a sí mismo en la relación con las realidades de su mundo.

Las enfermedades del corazón, como por ejemplo las arritmias o las enfermedades de las arterias coronarias producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad en respirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA producen además de miedo sentimientos de culpa, con frecuencia. Las enfermedades crónicas como una insuficiencia renal, artritis reumatoide, diabetes mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación rechazando el tratamiento. La ausencia de privacidad, miedos a la cirugía y a otros tratamientos y el ver que otros pacientes mueren aumentará su ansiedad.

## DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Las depresiones y los trastornos de ansiedad son, y viene siéndolo desde hace unos decenios, un tema de interés no sólo por parte de los psiquiatras, sino también de los médicos y de la población general. Su prevalencia es elevada y además va en aumento, se sabe que una de cada cinco personas presentará un trastorno del estado de ánimo durante toda su vida y en los pacientes con alguna patología médica se presenta en un 10 a 20% de los casos, siendo las cifras más elevadas en grupos concretos de enfermedades como las cardiovasculares, las oncológicas o las neurológicas. Así la Organización Mundial de la Salud, estima que la depresión unipolar, sólo una de las causas de depresión, será la segunda causa de discapacidad en el año 2020. Otro aspecto importante es que cada vez está más clara su influencia negativa en la evolución de patologías físicas, habiéndose demostrado que los pacientes depresivos tienen una mortalidad (no sólo atribuible al suicidio) superior a la de la población general. Por otro lado genera una discapacidad funcional mayor que el resto de las enfermedades médicas crónicas.

Todo esto hace que adquiera una importancia notable en todos los programas de prevención y gestión de la salud. No es una enfermedad que concierna únicamente al especialista, ya que a éste sólo llegan el 10% de los casos, pues el resto son vistos por otros médicos no psiquiatras o no acuden a ninguna consulta.

Los trastornos depresivos alcanzan en la comunidad una prevalencia anual cerca al 5% de la población, con una prevalencia para toda la vida de un 15%. La edad media de comienzo de la depresión en los diversos estudios se sitúa próxima a los 30 años, siendo similar en los dos sexos.

La prevalencia de depresión es significativamente más alta en poblaciones en contacto médico, como es el caso de los servicios de atención primaria.

Entre los factores sociodemográficos destaca el sexo, siendo la prevalencia para los trastornos depresivos el doble en la mujer que en el varón, al menos en edades medias de la vida. Además el riesgo de cronicidad es mayor en la mujer. Las diferencias entre los sexos no tienen una causa clara, pero sin duda intervienen tanto factores socioculturales (mayor expresión de quejas psíquicas en la mujer, obligaciones domésticas y familiares), como biológicas (hormonales). El estado civil de "previamente casado" (separado o divorciado) es el que con más frecuencia se asocia a padecer trastornos depresivos mayores. Finalmente, una amplia red de apoyo social parece ser un claro factor de protección de la depresión.

La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza básicamente por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos y que tiene como consecuencia la disminución de la actividad vital, es decir, le impide desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria.

La depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. La distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia, irritabilidad.

Las pautas principales de clasificación de los trastornos del humor (afectivos) han sido seleccionados por razones prácticas, para permitir identificar con facilidad los trastornos

clínicos más frecuentes. Así, se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares y de otros trastornos que presentan múltiples episodios, ya que gran parte de los enfermos tienen un solo episodio. También se ha dado importancia a la gravedad por las implicaciones que tiene para el tratamiento y la asistencia. Es necesario tener en cuenta que el modo de distinguir los diferentes niveles de gravedad sigue siendo problemático; los tres niveles, leve, moderado y grave se incluyen aquí por el deseo de muchos clínicos.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Un aspecto importante en el diagnóstico diferencial de la depresión es la relación de los síntomas depresivos, las enfermedades médicas y el uso de fármacos. Las relaciones entre ellos son variadas. Es posible que la enfermedad médica cause depresión, que la propicie en alguien susceptible o que la depresión sea secundaria a los problemas generados por la enfermedad médica o que ambas coexistan por azar.

En las enfermedades neurológicas son frecuentes los síntomas depresivos, sucede tanto en las demencias como en los accidentes cerebrovasculares o ictus, en los que hasta en un 25% de los casos se cumplen criterios de depresión mayor.

En enfermedades metabólicas como la diabetes, la incidencia de depresión es tres veces superior a la de la población general.

Se sabe que los pacientes depresivos tienen una mortalidad de origen cardiovascular aumentada, los criterios de depresión mayor se cumplen en un 25% de los sujetos con un infarto de miocardio reciente.

Por otra parte, dentro de las enfermedades infecciosas, los pacientes con SIDA sufren con frecuencia cuadros depresivos mayores además de los trastornos adaptativos. Los pacientes oncológicos presentan clínica de depresión en un 25% de los casos, la frecuencia es mayor en determinados tumores (cabeza de páncreas, digestivos).

Los fármacos, en especial algunos fármacos cardiovasculares (como betabloqueantes) y hormonales (anticonceptivos orales y corticoides), neurolépticos y anticolinérgicos son capaces de causar clínica depresiva. Dentro de las sustancias, el abuso de alcohol, es por su frecuente consumo una causa importante de sintomatología depresiva.

M. I. LÓPEZ IBOR

*Servicio de Psicología Clínica. Facultad de Medicina.  
Universidad Complutense. Madrid*

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> edition. Washington. American Psychiatric Association; 1994.
2. Goodwing FK, Ghaemi SN: An introduction to an historical review of mood disorders: En New Oxford Textbook of Psychiatry, eds: Gelder MG, López Ibor JJ Jr, Andreasen NC. Oxford University Press; 2000.
3. Grau A, Comas P, Suñer R, Peláez E, Sala L, Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 212-216.
4. ICD-10 International Clasification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines. Ginebra. Suiza: World Health Organization; 1992.
5. Joyce PR. Epidemiology of mood disorders. En: Gelder MG, López Ibor JJ Jr, Andreasen NC, editors. New Oxford Textbook of Psychiatry Oxford University Press; 2000.
6. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychi 1998; 155, 172-7.
7. López Ibor JJ. Las neurosis como enfermedades del ánimo. Editorial Gredos. Madrid; 1966.
8. López-Ibor Aliño JJ, Ortiz Alonso T, López-Ibor Alcocer MI. Lecciones de Psicología Médica. Barcelona: Masson; 1999.
9. López-Ibor Aliño JJ. Las Depresiones. Progresos en su diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Toray; 1977.
10. Priest RG, Baldwin D. Depresión and Anxiety. Eds Martín Dunitz LTD UK; 1992.